1872

UEBER
HERNIA FORAMINIS OVALIS.

MEDICINISCHE INAUGURAL-DISSERTATION
MIT GENEHMIGUNG
DER
MEDICINISCHEN FACULTAET
DER VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITAET
HALLE-WITTENBERG
ZUR
ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE IN DER MEDICIN
UND CHIRURGIE
ZUGLEICH MIT DEN THESEN ÖFFENTLICH VERTHEIDIGT
AM 31. JULI 1872 VORMITTAGS 11 UHR

VON
ARTHUR LEONHARD DIETERICI,
PRACT. ARZT AUS WESTFALEN.

OPPONENTEN:

DR. MED. A. BORBERG, PRACT. ARZT.,
CAND. MED. A. HARTTUNG.

HALLE
DRUCK VON OTTO HENDEL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153713_0141

Seinem lieben Onkel

HERRN DR. MED. MUESER

in

Dortmund

Der Verfasser.

Wenn im Allgemeinen die Brüche ein sehr häufiges Leiden sind und man annehmen kann, dass durchschnittlich von 20 Menschen, zumal der ärmeren, schwer arbeitenden Klasse, einer einen Bruch hat, so ändert sich dieses häufige Vorkommen doch je nach der Gegend, in welcher die Lageveränderung eines Eingeweides stattfindet, bedeutend. Die Leistenbrüche sind wohl die allerhäufigsten, während die Schenkelbrüche bei Weibern relativ häufiger sind als bei den Männern. Diese beiden häufigsten Bruchspecies sind nicht leicht zu verkennen, ebenso wie die Nabelbrüche, der Bruch in der weissen Linie, der Darm-, Mastdarm- oder Scheidenbruch. Schwieriger zu diagnosticiren und deshalb für den praktischen Arzt von ganz besonderem Interesse sind jedoch, wenn wir von den seltenen und kein Object der Therapie bildenden Zwergfellbrüchen und der Hernia retroperitonealis ganz absehen wollen, die Brüche am Hüftausschnitt und der Bruch des eirunden Loches, die Hernia foraminis ovalis. Es sind diese letzteren

diejenigen Brüche, die unter dem horizontalen Schambeinast durch das foramen obturatum, jene Lücke, welche zum Durchtritt des Nervus obturatorius und der Vasa obturatoria bestimmt ist, hervortreten und den Canalis obturatorius durchwandern. Diese letztere Bruchart kommt so selten vor und ist so schwer zu erkennen, dass vor dem Ende der Vierziger Jahre dieses Jahrhunderts nicht ein Fall constatirt ist, in welchem diese Bruchspecies sicher diagnosticirt wurde. Es kann uns somit durchaus nicht Wunder nehmen, wenn wir hören, dass dieselbe nach der Annahme der älteren Aerzte bei Lebzeiten des Patienten überhaupt nicht zu erkennen sein sollte. Dennoch mehren sich in neuerer Zeit die Fälle, in denen bei der genaueren Kenntniss der Symptome, welche diese Hernien hervorrufen, mancher sorgfältig untersuchende Praktiker nicht nur auf die Vermuthung des Vorhandenseins dieser Bruchart geführt wurde, sondern sogar mit aller Bestimmtheit die richtige Diagnose zu stellen im Stande war. Und seitdem nun durch Thatsachen nicht nur die Möglichkeit der Diagnose, sondern sogar die Ausführbarkeit und der günstige Verlauf der Operation einer eingeklemmten Hernie des eirunden Loches klar dargethan ist, hat man sich eifrigst bemüht, wie in der Arbeit von Dr. Roman Fischer, der anatomischen Beschaffenheit des Canalis obturatorius sowie der Lehre

von den Symptomen, welche durch die Hernien des eirunden Loches hervorgerufen werden, eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Kurz nachzuweisen, welcher Art diese sind, und wie sie gewürdigt werden müssen, ist der Zweck dieser Arbeit, und geht am besten aus einer übersichtlichen Zusammenstellung der in neuerer Zeit bekannt gewordenen Fälle von Hernia obturatoria hervor, denen einen neuen noch nicht veröffentlichten hinzuzufügen ich in der Lage bin. Im Februar des Jahres 1870 kam nämlich auf dem hiesigen Diakonissenhause ein Fall von Hernia obturatoria zur Beobachtung und ist es mir durch die gütige Erlaubniss des Directors dieser Anstalt, des Herrn Dr. Wilke gestattet, hierüber zu berichten.

Fräulein Agnes O., 58 Jahre alt, sehr abgemagert, im Uebrigen jedoch gesund, erkrankte am 21. Februar beim Stuhlgang plötzlich an heftigem Leibschmerz, der sie zwang sich sofort zu Bette zu legen. Trotzdem nahmen die Schmerzen im Leibe immer mehr zu und stellten sich auch im linken Schenkel ein. Der gerufene Arzt fand den Leib wenig aufgetrieben, wenig empfindlich, aber eine Nabelhernie, die herausgetreten war, bei Druck sehr schmerzte und sich nicht reponiren liess. Unter Anwendung von Chloroform wurde die Taxis vorgenommen und gelang auch, soll aber trotz Chloroform sehr schmerzhaft gewesen sein.

Angewandte Klystiere beförderten zuerst nur wenig Koth, in den nächsten Tagen gar keinen. Flatus gingen ebensowenig ab, Erbrechen war in mässigem Grade vorhanden.

Am 25. Februar wurde Patientin unter der Diagnose einer reponirten Nabelhernie und fortbestehenden Einklemmungssymptomen Herrn Dr. Wilke übergeben. Der Status praesens war folgender: Patientin war sehr schwach und angegriffen, jedoch vollkommen bei Bewusstsein. Die Temperaturerhöhung war gering, der Puls zeigte ungefähr hundert Schläge. Der Leib war wenig aufgetrieben, linkerseits schmerzhaft. Absolute Stuhlverstopfung war vorhanden, ebenso Erbrechen, aber kein Kothbrechen. In den Bruchpforten vermochte auch die sorgsamste Untersuchung keine Vorlagerung irgend eines Eingeweides oder eines Theiles desselben nachzuweisen. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Untersuchung der Region des foramen obturatorium gewidmet, wozu namentlich der sofort aufgetretene und constant bleibende Schenkelschmerz aufforderte; doch war nirgends eine Abnormität zu finden. Die Untersuchung per vaginam unterblieb wegen bestehender Jungfräulichkeit der Patientin. Innere Medicinen wurden ausgebrochen und stellte sich Kothbrechen ein. Klysmen aus Wasser, Salz und Essig wurden mittels hocheingeführten Klysopomps gegeben, Tabak-

klystiere jedoch nicht. Allmählig trat grosser Collaps ein und merkwürdigerweise in den letzten Augenblicken grosser Hunger, welcher denn auch der aufgegebenen Kranken durch den Genuss von Brod und Bier, worauf vorzüglich ihr Verlangen gerichtet war, zu stillen gestattet wurde. Das Genossene ward nicht mehr ausgebrochen.

Einen Tag nach ihrem Tode ward die Sektion gemacht. Der Befund war folgender:

Das ganze Colon zeigte sich verengt und verschrumpft. Im Canalis obturatorius der linken Seite befand sich eine ungefähr einen Zoll lange Dünndarmschlinge, die von der Valvula Bauhini ungefähr einen und einen halben Fuss entfernt war. Der Einklemmungsring war deutlich zu sehen, der Darm selbst jedoch ganz gesund. Beim Vordringen von Aussen her wurde die Hernie, die übrigens leicht reponirbar war, dicht neben dem Oberschenkelkopfe angetroffen.

Wie wir hieraus ersehen, schliesst sich dieser Fall einer Hernie des eirunden Loches den vielen an, bei denen ebenfalls die Diagnose sicher zu stellen nicht gelang. Vielleicht wäre in diesem Falle das Ergebniss ein günstigeres gewesen, falls die Untersuchung per vaginam, welche möglicherweise Aufschluss über das Vorhandensein einer Hernie im Canalis obturatorius gegeben hätte, nicht aus dem besonderen Umstande, dass die Kranke

noch Jungfrau, hätte unterbleiben müssen. Aller Wahrscheinlichkeit nach wäre eine Operation nach sicher gestellter Diagnose bei der leichten Reponirbarkeit und der gesunden Beschaffenheit der eingeklemmten Dünndarmschlinge von segensreichen Folgen begleitet gewesen.

Ehe wir uns nun dahin wenden, die einzelnen Symptome, welche eine eingeklemmte Hernie des eirunden Loches begleiten, so wie sie aus beifolgender Tabelle der bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fälle sich darstellen (die Nachlieferung obiger Tabellen wird vorbehalten), der Reihe nach zu durchsprechen, wollen wir noch kurz einen Blick auf die Art und Weise der Entstehung solcher Hernien werfen. Was uns vor Allem bei der Betrachtung dieser Bruchart auffallen muss, ist der Umstand, dass fast ohne Ausnahme nur Frauen und zwar Frauen im vorgerückteren Alter, selten unter vierzig Jahren, von ihr befallen werden. Offenbar muss der Grund in einer Verschiedenheit der räumlichen Verhältnisse des kleinen Beckens und namentlich des Canalis obturatorius zwischen Mann und Weib einerseits und andererseits in den Veränderungen, welche mit zunehmendem Alter am weiblichen Becken sich bemerkbar machen, zu suchen sein. Der anatomische Charakter des weiblichen Beckens, natürlich des kleinen, liegt in dessen Weite und Kürze. Der

grössere Umfang des weiblichen Beckens wird durch die grössere Breite des Kreuzbeins, sowie durch die grössere Länge der Linea arcuata interna und der horizontalen Schambeinäste bedingt. Der Arcus ossium pubis des Weibes, schon an sich weiter und offener als der Angulus beim Manne, wird noch dadurch bedeutend vergrössert, dass die absteigenden Scham- und aufsteigenden Sitzbeinäste wie um ihre Axe gedreht erscheinen, so dass ihre inneren Ränder sich nach vorn wenden.

Da nun der Canalis obturatorius dadurch entsteht, dass das foramen obturatum durch ihre Membran so verschlossen wird, dass nur am oberen äusseren Winkel desselben eine schräg von innen und unten nach oben und aussen laufende Lücke offen bleibt, welche aus der kleinen Beckenhöhle führt, und welche zur oberen Wand die untere Fläche des horizontalen Schambeinastes hat, welche furchenähnlich gehöhlt ist, so ist das Resultat der oben angeführten sexualen Differenzen das, dass der Eingang des Canals beim Weibe tief im Becken liegt, und der Verlauf des Canals ein kürzerer, weniger schiefer, im Allgemeinen auch weiterer ist. Da nun beim Weibe auch die Eingeweide tiefer und mehr im Becken liegen, so hat mithin das häufigere, ja fast ausschliessliche Vorkommen unserer Hernie beim Weibe seinen Grund in den anatomischen Verhältnissen. Dass meist alte

Weiber befallen werden, kann uns nicht wundern, da es ja bekannt ist, dass alte Weiber meist derartige Leiden haben, hervorgerufen durch Schwund der Fettmassen, Nachgeben der fibrösen Theile etc. Ausserdem prädisponiren häufige Schwangerschaften zu dergleichen Uebeln, sowie Uterinkrankheiten als Catarrhe, Versionen sie ebenfalls begünstigen.

Ist es uns nun klar geworden, weshalb eine Hernie des eirunden Loches sich leichter bei Frauen als bei Männern, leichter bei alten Weibern und Jungfrauen als bei Mädchen oder Frauen im mittleren Alter einzustellen pflegt, so haben wir jedoch das eigentliche Entstehen dieser Hernien noch unberührt gelassen. Dieses findet nun nach Roeser auf folgende Weise statt: Der Annulus obturatorius, durch den die Hernien ihren Weg nehmen müssen, stellt einen mit Fett erfüllten Hohlraum dar und ist für die Entstehung eines Bruchs durchaus nicht günstig gestaltet. Ueber ihm bildet das Bauchfell keine Ausbuchtung und ist der Eingang in denselben schief und klappenartig gedeckt. Die beutelförmige Ausstülpung des Bauchfells kann nur dadurch zu Stande kommen, dass ein Fettklumpen im Annulus sich durch Wachsthum vordrängt und das Bauchfell nach sich zieht. Das erste ist also das Entstehen eines leeren Bruchsackes, mag derselbe nun durch Fettverwachsung des Peritoneums mit folgender Divertikelbildung oder durch irgend

einen Entzündungsprocess desselben seinen Ursprung nehmen. Sein Entstehen ist also leicht verständlich und sein nicht so sehr seltenes Vorkommen durch Sektionen nachgewiesen. Schwieriger ist es in den meisten Fällen zu begreifen, auf welche Weise der Darm in den Bruchsack gelangt sein mag. Ist die Bauchöffnung des Bruchsacks so gross, dass sie das Eindringen eines Fingers gestattet, so kann das Prolabiren einer Dünndarmschlinge in keiner Weise Wunder nehmen, sondern lässt sich auf rein mechanische Weise erklären. Gewöhnlich ist aber die Bauchöffnung des Bruchsackes so eng, dass sie höchstens das Eindringen des Fingernagels zulässt, und in dem kleinen Bruchsacke liegt keine Darmschlinge, sondern eine zu einem Divertikel ausgezogene Dünndarmwand. Wie kann nun, fährt Roeser fort, die schlüpfrige Darmwand sich eindrängen, da es nicht einmal an der Leiche gelingt, ein Stück Dünndarmwand zu fassen, vorzuziehen und mit einer haltenden Ligatur wie beim Abbinden zu versehen? Dass auch hier zur Erklärung die häufige und kräftige Wirkung der Bauchpresse nicht in Anwendung gebracht werden könne, liegt auf der Hand, es bleibt eben nur übrig anzunehmen, dass der präformirte Bruchsack unter gewissen Umständen z. B. nach Schenkelbewegungen ansaugend und wie ein Schröpfkopf auf die über seiner Bauchöffnung liegende Dünndarm-

wand wirken möge, dass dadurch die Darmwand in der Bruchsacköffnung fixirt und allmählig divertikelartig ausgezogen werde.

Häufig findet sich bei Sektionen ein leerer Bruchsack im Canalis obturatorius, oft bei eingeklemmter Hernie der einen Seite ein solcher auf der anderen. Roeser nimmt nun an, dass für gewöhnlich ein solcher Bruchsack leer sei, und nur bei gewissen Schenkelstellungen eine Darmparthie oder ein Theil einer Darmwand in den Canal eindringe, dessen Lumen eben durch die besondere Schenkelstellung erweitert sei, dass aber meistens der eingedrungene Theil wieder frei werde. Wir werden hierauf bei Erwähnung der einer Einklemmung oft vorhergehenden vorübergehenden Koliken zurückkommen. Sowie nun durch irgend eine Gelegenheitsursache ein grösseres Darmstück im Canal sich befindet, treten meist Einklemmungserscheinungen auf, aber nicht immer, oft ist die Pforte weit und der Ausgang für den Darm frei. Oft auch findet sich derselbe unbeweglich, d. h. mit der Umgebung verwachsen, er muss daher längere Zeit sich im Canal befunden haben. Es fragt sich nun, wie wir die spätere Einklemmung zu erklären haben, wenn wir von vornherein eine active Contraction der Pforte, des Annulus obturatorius, welcher die Incarcerationsstelle darstellt, ausschliessen. Befindet sich eine Darmparthie im

Canal und wird dieselbe von irgend einem Reiz getroffen, so treten auch hier Entzündungsprocesse, seröse und plastische Infiltrationen, Neubildung mit folgender Rückbildung d. h. Schrumpfung der eben erst entstandenen Adhäsionen ein und das betreffende Darmstück ist jetzt zwar noch nicht eingeklemmt, aber doch irreponibel. Bei jeder neuen Schädlichkeit, welche das Darmstück trifft, erneuert sich der eben beschriebene Vorgang, es tritt neue Schrumpfung auf, schliesslich ein mehr oder weniger vollständiger Verschluss des Darmlumens. Wir haben eine Incarceration. Auch Stromeyer schreibt das Zustandekommen einer Einklemmung weniger einer Verengung der Pforte, als vielmehr einer Vermehrung des Bruchinhaltes zu. Häufiger sei der Inhalt nur eine Darmwand, seltener eine Schlinge von 1 — 5" Länge; auch liegen die ersteren wohl meist vorübergehend ausserhalb der Bruchpforte. Nie sind die Einklemmungen solcher Darmsegmente sehr fest, und wenn trotzdem die dieselben begleitenden Erscheinungen äusserst heftig sind, so wäre nach ihm der Grund vielleicht darin zu suchen, dass die Darmwand an den Druck von Seiten der Bruchpforte weit weniger gewöhnt ist, als eine schon längere Zeit vorliegende Darmschlinge. Auch er kommt zu der Annahme, dass jede vorübergehende Incarceration neue Exsudation am Bruchsackhalse bedinge, und

mehr in dem verschiedenen Verhalten der sich immer mehrenden festen Exsudatmassen, als in der Contraction des Bruchsackhalses sucht er die Ursache einer Strangulation.

Bei einem Littre'schen Bruche, bei dem das Lumen nicht vollkommen obliterirt, sondern nur verengt ist, ist es ausserdem noch erlaubt, die Einklemmungserscheinungen auf reflectorischem Wege zu deuten und eine krampfartige Contractur der Darmmuscularis anzunehmen. Ist es ja doch eine bekannte Thatsache, dass selbst nach sorgfältig reponirten Brüchen häufig die Einklemmungserscheinungen noch fortbestehen.

Nachdem wir so die Art und Weise des Entstehens einer Hernie foraminis ovalis, die Ursache ihrer Incarceration und die Erscheinung, dass dieselbe fast ausschliesslich ältere Frauen befällt, einer näheren Würdigung unterzogen haben, wenden wir uns zur Betrachtung der einzelnen Symptome, welche eine solche Hernie hervorruft und wie sie aus beifolgender Tabelle ersichtlich sind. Die Allgemeinsymptome einer Hernia obturatoria unterscheiden sich nicht von denen anderer Brüche. Nur könnte es auffallen, dass bisweilen die Einklemmungserscheinungen wenig ausgeprägt sind, und überhaupt die Heftigkeit der Krankheitserscheinungen mit der Schwere des pathologischen Zustandes nicht im Einklange stehen; allein es ist

hierbei zu berücksichtigen, dass alle diese Fälle ältere Weiber betrafen, und es somit den Anschein hat, als ob bei diesen, zumal wenn sie durch Noth und Elend herabgekommen sind, die individuelle Indolenz leicht und öfters einen solchen Grad erreichen kann, dass dadurch selbst in lebensgefährlichen Zuständen die Mehrzahl der sonst auftretenden stürmischen Reaktionserscheinungen wegfällt. Ausser den jedoch immer vorhandenen peritonitischen Erscheinungen lässt sich oft auch eine allgemeine Disposition zur Entstehung von Hernien nachweisen, wir meinen das gleichzeitige Vorkommen noch anderer Brüche. Ein Blick auf unsere Tabelle zeigt uns, dass diese Complicationen in einem Drittel der zusammengestellten Fälle ausdrücklich angegeben sind, und zwar sind es die überhaupt am häufigsten vorkommenden, die Crural- und Inguinal-Hernien, nur zweimal, und dazu gehört unser neuer Fall, bildet eine Nabelhernie die Complication. Dass dieses Vorhandensein noch anderer Brüche leicht im Stande ist, die Diagnose einer bestehenden Hernia obturatoria zu erschweren, ist schon aus oben angeführter Krankengeschichte ersichtlich, wo anfangs die vorhandenen Einklemmungserscheinungen der ausgetretenen Nabelhernie zugeschrieben wurden, so dass erst nach deren geglückter Reposition, aber noch fortbestehenden Incarcerationssymptomen der Verdacht auf eine

möglicherweise vorhandene Hernie des foramen ovale wachgerufen wurde.

Der endlichen Einklemmung der Hernie des eirunden Loches gehen meist Magen- und Darmschmerzen, die von Erbrechen und Stuhlverstopfung begleitet sind, in kürzeren oder längeren Intervallen voraus. Diese Cardialgien und Koliken sind als Folge einer leichten sich wieder von selbst lösenden Einklemmung zu betrachten. Dass solche sich selbst wieder lösende Einklemmungen vorkommen, die man möglicherweise für Magenkrämpfe, Darmkoliken und dergleichen mehr halten könnte, beweist Dr. Roeser durch einen Fall, wo Patient, ein Mann, seit Jahren mit den verschiedensten Medikamenten und Bädern behandelt wurde. Zufällig bei solch' einem Kolikanfall zugegen, stellte er eine genaue körperliche Untersuchung an und fand eine kleine Darmschlinge im inneren Leistenringe festsitzend, die sich jedoch leicht reponiren liess. Sofort verschwanden die krankhaften Erscheinungen. Ein Bruchband machte in diesem Falle die kostbaren Badekuren zu Schanden. — Diese vorübergehenden Koliken als Zeichen bereits geschehener Einklemmung will Roeser als charakteristisch für unsere Bruchart ansehen und weist nach, dass selbst bei vorübergehenden Einklemmungen diese Koliken sich mit der gleich zu besprechenden Neuralgie des Nervus obturato-

rius vergesellschaften. Romberg's und Anderer Beobachtungen stimmen damit überein. Natürlich steigert sich das Sympton der Neuralgie und Parese, welches wir gleich näher betrachten wollen, sobald die Einklemmung eine dauernde wird, nur ist die Beobachtung der motorischen Störung weit schwieriger als die der sensibeln und scheint sogar häufig zu fehlen.

Aber auch der Schenkelschmerz, den Romberg als pathognomonisches Zeichen hingestellt hat, ist nicht immer und häufig nur eine Zeit lang vorhanden. Sind jedoch die Erscheinungen von Seiten des Nerven, welche das Hervortreten und die Einklemmung der Hernia obturatoria begleiten, vorhanden, so sind es Schmerzen oder Ameisenkriechen, welche sich an der inneren Seite des Oberschenkels bis zum Knie herab verbreiten und dem Hautaste des Nervus obturatorius angehören, sowie eine krampfhafte Steifigkeit der Adductoren, welche von den Muskelästen desselben Nerven versorgt werden. Der Verlauf, den der Nervus obturatorius sive cruralis internus nimmt, nachdem er sich aus den Fasern des zweiten, dritten und vierten Lendennerven zusammengesetzt hat, ist nämlich kurz der. Hinter dem Psoas maior steigt er zum kleinen Becken herab, zieht an der Seitenwand der kleinen Beckenhöhle unter der Linea innominata, aber über der Arteria und Vena obturatoria, nach

vorn zum Canalis obturatorius, welchen er durchläuft, dem Musculus obturator externus einen Zweig abgiebt und sich in einen vorderen und hinteren Ast theilt. Der hintere durchbricht die oberen Bündel des Obturator externus, giebt einen Zweig zum Hüftgelenk und verliert sich als motorischer Nerv im Musculus obturator externus und adductor magnus. Der vordere stärkere versorgt den Gracilis, Adductor longus und brevis, durchbohrt zuletzt die Fascia lata, und verbindet sich entweder mit dem innern Hautnerv des Oberschenkels oder verliert sich, selbstständig bleibend, an der innern Seite des Oberschenkels bis zum Kniegelenk herab. Die vorhin erwähnte Motilitätsstörung ist vermuthlich als Reflexkrampf von dem sensibeln Aste auf den motorischen anzusehen und so muss sowohl Adduction wie Abduction des Oberschenkels gleichmässig erschwert sein. Dazu gesellen sich auch wie bei anderen localen Nervenleiden Zufälle an entfernteren Körperstellen. Es sind Schmerzen in der entgegengesetzten Extremität, im Rücken und in der Brust beobachtet. Diese Zufälle haben dadurch eine um so grössere Wichtigkeit, weil sie auch bei reponibeln Hernien dieser Art vorkommen, bei den eingeklemmten aber fast constant zu sein pflegen. Es ist das Verdienst John Howship's, im Jahre 1840 auf die durch Druck auf den Nervus obturatorius entstehenden Zufälle

zuerst aufmerksam gemacht zu haben. Dies geniale Aperçu in weiteren Kreisen bekannt gemacht zu haben, ist das Verdienst Romberg's, und Dieffenbach sagt in seiner operativen Chirurgie vol. II. pag. 621 von ihm, er habe durch die Entdeckung dieses diagnostischen Kennzeichens für eine Hernie des eirunden Loches der Chirurgie das kostbarste Geschenk gemacht und ein grosses Problem gelöst. Dass man nicht früher auf dieses fast immer vorhandene Sympton aufmerksam wurde, erklärt sich nach Professor Buntzen's Meinung dadurch, dass die in Frage stehenden Schenkelschmerzen mit gleichzeitig erschwerter und schmerzhafter Funktion der Adductoren, wie sie durch den Druck der Darmschlinge sammt deren Inhalt auf das foramen ovale bedingt werde, manchmal für hysterische Symptome gehalten sein dürften, um so mehr, als die fragliche Bruchart vorzugsweise beim weiblichen Geschlechte vorkommt. Wenn es auch keinem Zweifel unterliegen kann, dass der Schenkelschmerz nebst der gestörten Funktion der betreffenden Muskeln, wenn er vorhanden ist, und er ist es ja in den meisten Fällen, wenn auch bisweilen nur von vorübergehender Dauer, als ein werthvolles diagnostisches Kennzeichen betrachtet werden muss, namentlich wenn sich constatiren lässt, dass die Erscheinungen durch Streckung des Schenkels vermehrt und durch

Beugung vermindert werden, so tritt er doch nicht immer in so deutlich ausgesprochener Weise auf. Es wird der Nerv durch die eingeklemmte Bruchgeschwulst nicht immer in der Weise gequetscht, dass der Schenkelschmerz auffallend heftig ist, oder dass er, wie in einem Falle von Roeser, sogar als erstes und anfangs einzigstes Symptom vorhanden ist, so dass er anfangs für Gicht gehalten wurde; und die Ermittelung der Bruchgeschwulst durch sorgfältige Untersuchung, die, wenn auch schwer, doch noch im Bereich der Möglichkeit liegt, bleibt immerhin ein sicherer Haltpunkt für die Diagnose als der vage und in seiner Intensität so abwechselnde Schenkelschmerz.

Allerdings ist die Diagnose, so lange der Bruch wenigstens beweglich bleibt, sehr schwierig, da die Geschwulst, welche er äusserlich bildet, nur höchst unbedeutend sein kann. Bei einer eingeklemmten Hernia foraminis ovalis kommt uns jedoch noch ein Sympton zu Hülfe, es ist dies der Schmerz, der von dem eingeklemmten Darmstück selbst ausgeht, und welcher zwar sehr unbestimmter Natur ist, aber doch durch die Betastung nachgewiesen werden kann. Die Patienten klagen nicht über Schmerz in der Gegend des eirunden Loches, geben aber sofort den heftigsten Schmerz an, wenn man die Stelle, wo der Bruch

austritt, einem etwas stärkeren Drucke aussetzt. Es kommt somit für die Diagnose Alles darauf an, die Stelle genau zu wissen, wo wir den Bruch eventuell zu suchen haben. Aber auch für das Verständniss des Weges, den unsere Hernie nehmen kann, ist es wichtig, sich die Lagerung der Fascien und Muskeln vor dem foramen ovale zu vergegenwärtigen. Vom vorderen Umfang des foramen entspringt nämlich eine Fascie, welche der hinteren Fläche des Pectineus folgt und die vordere Fläche des Adductor brevis bedeckt. Es ist die fascia subpectinea. Hinter ihr in Fett eingehüllt liegt der Ramus arterior Nervi obturatorii. Unter dem Adductor brevis trifft man auf eine zweite Fascie, die die vordere Portion des Obturator externus und den Adductor magnus überkleidet. Hinter dieser Fascie liegt der zweite Ast des Nervus obturator. Die hintere Portion des Obturator externus sowie den Quadratus femoris überzieht endlich eine dritte Fascie. Ist nun eine Hernie aus dem Canal hervorgetreten, so befindet sie sich zunächst in dem mit Fett erfüllten Raum zwischen der Membrana obturatoria und der vorderen Portion des Musculus obturator. externus. Von hier aus kann sie nun entweder dem vorderen Ast des Nervus obturatorius folgen und liegt dann unter der fascia subpectinea, oder sie begleitet den hinteren Ast desselben Nerven und liegt dann

zwischen dem Adductor brevis und der Fascie, die die vordere Portion des Musc. obt. ext. und den Adductor Magnus überkleidet, oder sie sucht sich zwischen dem Obturator externus und der Membrana obturatoria einen Weg, oder endlich sie liegt dicht neben der Incisura acetabuli, wie auch in unserem Falle. Nach George Yeoman Heath in Newcastle-upon-Tyne soll sie meist folgenden Weg nehmen: Wenn ein Bruch durch das Foramen obturatorium heraustritt und noch klein ist, so liegt derselbe tief, überragt vom Schambein, und von der Oberfläche durch den Musculus pectineus und durch die innere Portion der Schenkelbinde getrennt. Die Richtung der Oeffnung geht von der Bauchhöhle aus schief nach ab- und einwärts. Natürlich muss auch der Bruch dieser Richtung folgen, während der Pectineus eine Vergrösserung desselben gerade nach abwärts verhindert. Der Bruch wächst daher nach einwärts und nur wenig nach abwärts, geht hinter den Pectineus, dann hinter den Rand dieses und des Musculus adductor brevis, und, wenn er noch weiter an Umfang zunehmen sollte, hinter den Adductor brevis und vielleicht Gracilis und bildet endlich eine sehr wahrnehmbare Anschwellung in der Nähe der äusseren Genitalien, welche in der Mehrzahl der Fälle wohl von dem vorgedrängten Musculus gracilis bedeckt werden dürfte.

In der ersten Entwickelungsstufe muss die Entdeckung dieses Bruches nothwendigerweise sehr schwierig sein, später jedoch möchte sich wohl immer, wie auch unsere Tabelle nachweist, ausgenommen bei sehr starken Personen, und es ist doch eine Eigenthümlichkeit unseres Bruches, dass er fast nur bei abgemagerten älteren Frauen vorkommt, eine gewisse Völle oder sogar eine Geschwulst hinter dem Pectineus bei Vergleichung mit der gesunden Seite nachweisen lassen. Hinsichtlich der Differenzial-Diagnose von Hernia femoralis ist besonders darauf zu achten, dass die Hernia obturatoria hinter dem Pectineus, die Hernia femoralis jedoch vor demselben zu suchen ist. Die Undeutlichkeit der Geschwulst, das Gefühl bei den Manipulationen, dass sie tief liegend durch dickere Theile bedeckt werde, die Unmöglichkeit, bis zu dem Halse des Bruches mit den Fingern zu gelangen, und das Fehlen jeder Tendenz sich nach aufwärts zu wenden, sind als die zuverlässigsten Merkmale für die Diagnose zu betrachten. Ist der Bruch vollständiger entwickelt, so ist sein Vorhandensein deutlicher und die Unterscheidung von Hernia femoralis dadurch erleichtert, dass die Basis des Sackes dann mehr nach einwärts und tiefer abwärts, als beim Schenkelbruche, liegt. Auch soll bei letzterem Bruche meist die Vena saphena angeschwollen sein. Lässt sich aber in der Gegend

des foramen obturatum keine Hervorwölbung entdecken, so dürfte nach Röser beim Weibe doch noch die Untersuchung durch die Scheide zur richtigen Diagnose führen. Man kann nämlich den Finger an der vorderen Beckenwand bis zur Gegend des Canalis obturatorius emporschieben. Liegt nun eine Darmschlinge in ihm, so wird ein gegen diese ausgeübter Druck Schmerzen hervorrufen, die bei Berührung derselben Gegend der andern Seite ausbleiben. Schwieriger, wenn auch nicht unmöglich, dürfte es sein, diese Untersuchung beim Manne mit dem per anum eingeführten Finger vorzunehmen.

Sollte es nun auf irgend eine Weise mit Hülfe des eben besprochenen Symptomencomplexes gelungen sein, eine sichere Diagnose zu stellen, so wäre bei beweglicher Hernie die Reposition vorzunehmen. Allein da die Behandlung sich doch auch zur Aufgabe machen müsste, nach geschehener Reposition durch irgend welche Vorrichtungen zu verhüten, dass der Bruch wieder vortrete, die Wirkung eines Bruchbandes bei der tiefen Lage des Bruches aber völlig unsicher sein würde, so wird sich die Therapie wohl nur mit den eingeklemmten Hernien zu befassen haben. Es hat um so weniger Bedenken, unsere Ohnmacht bei der Behandlung reponibler Brüche dieser Art einzugestehen, als die meisten Hernien erst beachtet und erkannt sind, wenn sie eingeklemmt waren.

Für die Taxis der eingeklemmten Hernie des eirunden Loches gelten dieselben Vorschriften wie sie überhaupt bei der Reposition von Brüchen zu beobachten sind. Also Rückenlage, erhöhtes Kreuz, gebeugte Hüft- und Kniegelenke, Chloroformnarkose, dabei wiederholte Rotation und Abduction des Schenkels. Die Zurückzerrung der Darmschlinge durch den in die Vagina oder das Rectum eingeführten Finger soll ausserdem durch einen Druck mit der anderen Hand über dem horizontalen Schambeinaste vervollständigt werden.

Aber wie es schon bei eingeklemmten Brüchen überhaupt als Regel gilt, lieber nicht zu viel Zeit mit dem Versuche zu reponiren zu verlieren, um nicht die günstige Zeit zur Vornahme des Bruchschnittes, der als ultima ratio nur dann eine segensreiche Operation und von Erfolg gekrönt ist, wenn er zur rechten Zeit vorgenommen wird, verstreichen zu lassen, so ist bei unserem Bruche in noch höherem Grade zu berücksichtigen, dass bei wirklichen Einklemmungen die pathologischen Veränderungen sich rasch entwickeln, die Gefahr von Minute zu Minute grösser wird, und dass ein Temporisiren sie noch steigert. Auf die vielfach gerühmten Palliativmittel darf man nicht zu sehr bauen, namentlich nicht die kostbare Zeit mit ihnen verschwenden und stets daran denken, dass der Bruchschnitt nothwendig werden kann, und dass

dieser nur dann Aussichten auf glücklichen Erfolg bietet, wenn er unter günstigen Umständen und zur rechten Zeit verrichtet wird. Bei sehr acuter Einklemmung wird wohl gleich zu Anfang der Chirurg gerufen, alsdann ist die Taxis noch wahrscheinlich von Erfolg, häufiger, und dies ist in Hospitälern wohl die Regel, suchen die Kranken erst Hülfe und Aufnahme, wenn die Hernie incorcerirt und irreductibel geworden ist.

Die Operation selbst beginnt mit einem grossen Hautschnitt, Pectineus und Adductor brevis werden gespalten, um den Zugang zur Bruchpforte zu gewinnen. Stellt es sich nun heraus, dass die Reposition ohne vorhergehende Erweiterung der Pforte unmöglich ist, so versucht man dieselbe zuerst mittels stumpfer Haken. Muss man zum Messer greifen, so erforscht man vor Allem den Ursprung der Arteria obturatoria, um sie nicht mit zu verletzen. Entspringt sie aus der Arteria hypogastrica, so liegt sie hinter und unter dem Nervus obturatorius, wenn aber aus der Epigastrica, vor oder über ihm und wird sammt dem Nerven von einem Bruche nach aussen gedrängt. Die Erweiterung des Einklemmungsringes ist also nach innen am ungefährlichsten. Kann man aber mit der Fingerspitze entdecken, an welcher Seite des Bruches die Arteria obturatoria pulsirt, so macht man die nöthigen kleinen Einklemmungen am besten in der entgegen-

gesetzten Richtung. Eine möglicherweise nöthig werdende Spaltung des Bruchsackes und Erweiterung des Bruchsackhalses ist nach bekannten Regeln vorzunehmen.

Aus dem Gesagten geht mithin hervor, dass sich für den practischen Arzt namentlich zwei Regeln bei der Stellung der Diagnose und der Behandlung einer Hernie des eirunden Loches zu beachten empfehlen, und zwar:

1) dass, wenn nach der Reposition einer äusserlich wahrnehmbaren Bruchgeschwulst die Erscheinungen einer Darmeinklemmung weiter fortbestehen, und zugleich sich das eine oder andere der von der Compression des Nervus obturatorius abhängigen Symptome nachweisen lässt, man anzunehmen hat, dass die Einklemmung im Canalis obturatorius stattfinde; und

2) dass die Vornahme der Operation nicht lange hinauszuschieben ist.

Lebenslauf.

Ich Arthur Leonhard Dieterici, Sohn des Justizraths Dieterici und dessen Frau Carolina, geb. Mueser, evangelischer Confession, bin am 17. Juni 1846 in Hattingen, Provinz Westfalen, geboren. Seit Herbst 1859 besuchte ich das Königl. Gymnasium zu Hamm in Westfalen und verliess dasselbe Ostern 1866 mit dem Zeugniss der Reife, um mich dem Studium der Medicin in Bonn zu widmen. Dort blieb ich zwei Semester und besuchte alsdann während der beiden folgenden Semester die Universität Berlin. Den Sommer 1868 studirte ich in Würzburg und bestand am 12. August 1868 das tentamen physicum zu Marburg. Seit jener Zeit befinde ich mich in Halle und bestand, nachdem ich den letzten Feldzug in Frankreich als Königl. Sächsischer Unterarzt ohne Approbation mitgemacht, im vergangenen Winter das medicinische Staatsexamen, sowie das examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen und klinischen Vorträge folgender Herren:

Prof. Landolt, Prof. M. Schultze, Prof. von la Valette, Prof. du Bois-Reymond, Prof. Hartmann, Dr. Mitscherlich, Prof. Reichert, Prof. Geigel; Dr. Franke, Prof. Krahmer, Prof. Blasius, Prof. Olshausen, Prof. R. Volkmann, Prof. Weber.

Allen diesen Herren spreche ich hiermit meinen besten Dank aus.

Thesen.

I.

Hemicranie ist keine Neuralgie.

II.

Der äussere Bruchschnitt verdient häufigere Anwendung und ist ungefährlicher als lange fortgesetzte Taxis.

III.

Das Chloroform sollte nicht blos bei pathologischen, sondern auch bei normalen Geburten häufiger angewendet werden.